FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1914 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henry POIRAULT

Né à Mouilleron-en-Pareds (Vendée), le 21 mai 1888

TROUBLES DE

LA SENSIBITÉ OBJECTIVE

des Muqueuses et de la peau dans le Zona

Président : M. ACHARD, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE, & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	AUGUSTE BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

MONSIEUR LE DOCTEUR POIRAULT

ET A MA MÈRE

Hommage d'amour filial, de profonde reconnaissance et d'infinie vénération.

A MA SŒUR

Souvenir de mon affection.

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A MA TANTE ET MARRAINE

A LA MÉMOIRE DE CEUX
QUI ME FURENT CHERS

A MES PARENTS

A MES AMIS ET COMPAGNONS
DE MA SOLITUDE

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE NANTES

MONSIEUR LE DOCTEUR MIRALLIE

Directeur de l'École de plein exercice de Médecine
et de Pharmacie de Nantes

MESSIEURS LES DOCTEURS VIGUARD, E. BUREAU
OLLIVE, U. MONNIER, MAHOT, GUILLEMET
TEXIER, GUSTAVE BUREAU ET ALLAIRE

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur à la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

Qu'il nous permette de lui exprimer notre respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

AVANT-PROPOS

Avant de commencer ce travail, il nous est agréable d'assurer de notre reconnaissance M. le Dr Félix Ramond, médecin des Hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur.

Après nous avoir reçu avec amabilité dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, il nous inspira le sujet de cette thèse et nous fournit les éléments de son étude.

Nous le prions d'agréer nos hommages les plus respectueux et nos sincères remerciements.

TROUBLES DE

LA SENSIBILITÉ OBJECTIVE

des Muqueuses et de la peau dans le Zona

INTRODUCTION

Le zona est une maladie générale dont les symptômes se traduisent par certains troubles de fonctionnement des nerfs, troubles de la sensibilité objective et subjective — anesthésie ou hypoesthésie, hyperesthésie — paralysies et troubles trophiques.

Notre but n'est pas de faire une étude complète de tous les symptômes du zona.

Nous étudierons rapidement, dans un premier chapitre, le zona en général, tel que la question se pose aujourd'hui ; nous consacrerons ensuite un chapitre aux troubles de la sensibilité objective de la peau et un autre aux troubles de la sensibilité des muqueuses et à certains troubles trophiques que nous avons observés, et dans un quatrième chapitre nous exposerons quelques procédés de thérapeutique.

CHAPITRE PREMIER

LE ZONA

« On pourrait placer le zona parmi les maladies de la peau, les maladies du système nerveux ou les maladies infectieuses. »

« Nul doute, aujourd'hui, comme nous le verrons plus loin d'après les données anatomo-pathologiques, que l'éruption soit secondaire à une lésion nerveuse, et les symptômes généraux se circonscrivent trop bien aux troubles d'un nerf. Le zona est bien une trophonévrose, et sa nature infectieuse s'affirme tous les jours.

C'est l'opinion du professeur Landouzy qui l'a classé dans le groupe des fièvres éruptives ; aussi l'appelle-t-on souvent fièvre zostérienne. Cette hypothèse soutenue avec grand talent est rendue très vraisemblable par la fièvre, l'épidémicité, l'état général, l'évolution cyclique régulière et la rareté de la récidive.

La conclusion du professeur Landouzy est celle-ci : « Le zona est une maladie générale ayant pour manifestation apparente une éruption vésiculaire.

Le propre de la maladie zostérienne est de se

déterminer sur un ganglion souvent comme le propuce de la maladie oculienne est de se déterminer sur la parotide. »

Mais si le zona est une trophonévrose, a-t-il une étiologie spécifique et isolera-t-on un jour le microbe spécifique du zona.

Jusqu'ici les recherches faites dans ce sens (Brissaud et Sicard, Achard et Lœper, Dopter) n'ont pas permis d'isoler un même microorganisme. Les cultures faites, sur liquide céphalo-rachidien ont été négatives ou ont permis de reconnaître des microorganismes de nature variable. »

MM. Achard et Lœper ont trouvé un bacille peu mobile de forme de cocobacille en ne colorant pas par le gram, une variété de colibacilles se distinguant du colibacille par l'absence de coagulation du lait à froid.

Puis Lœper a trouvé un diplobacille prenant le gram et liquéfiant la gélatine.

MM. Brissaud et Sicard ont trouvé de nombreux lymphocytes, des grandes cellules mononucléaires, des microorganismes, des staphyloccoques blancs résultant peut-être d'une contamination accidentelle.

On le voit donc, tous les auteurs ne sont pas d'accord sur la nature du microbe spécifique du zona.

La spécificité du zona est donc encore à prouver. (Brissaud, Hirtz et Salomon, Talamon, Dopter). Brissaud et Boix concluent à la nature toxi-infectieuse mais non spécifique du zona, c'est-à-dire que l'her-

près zoster ne serait qu'un syndrome satellite tributaire d'une infection angineuse gastro-intestinale bronchitique, etc..., à microbes divers ; ce serait un zona par toxi-infection et non par spécificité.

Nous allons donc essayer de démontrer brièvement que le zona est une maladie générale épidémique et contagieuse qui affecte une marche cyclique et confère en partie l'immunité.

Symptômes généraux. — Le zona complet débute par des symptômes généraux : frissons, céphalée, état saburral des voies digestives (langue chargée, bouche sèche et empâtée, soif, nausées). Enfin la température dépasse la normale. La fièvre peut s'élever plusieurs soirs à 39 degrés ou 39°5, ordinairement continue elle est quelquefois intermittente et peut simuler la malaria ; mais elle peut être variable, souvent elle débute deux jours avant l'éruption, elle peut cesser au moment où les vésicules apparaissent mais dans un certain nombre de cas la fièvre ne revient à la normale que lorsque la cicatrisation est terminée.

On trouve également assez souvent dans le zona une adénopathie qui peut être comme une preuve de sa nature infectieuse ; en laissant de côté bien entendu les cas où l'adénopathie est due à une infection secondaire des vésicules par le staphyloccoque.

La douleur. — La douleur suit de près les symptômes généraux ; elle est quelquefois très intense comparée à des brûlures, à des morsures, à des picottements, certains malades l'ont comparée à des

brûlures de cigarettes, c'est une douleur en quelque sorte superficielle mais à côté de celle-là il y a une douleur sourde et profonde, véritable névralgie.

La douleur est continue ou intermittente, c'est le soir qu'elle redouble d'intensité, tantôt elle précède l'éruption, tantôt elle l'accompagne, tantôt elle la suit.

Le professeur Chauffard, en examinant le liquide céphalo-rachidien de malades atteints de zona, a remarqué une relation entre la persistance de la douleur et la persistance de la réaction méningée se traduisant par le lymphocitose. Au début de la maladie, il a constaté des lymphocites très nombreux et volumineux, puis une diminution progressive à mesure que la maladie s'acheminait vers la guérison.

L'éruption. — L'éruption consiste d'abord en plaques rouges, érythémateuses allongées suivant le trajet nerveux, ces plaques rouges laissant entre elles des territoires de peau saine ; sur ces plaques se développent des vésicules dont le contenu se trouble et qui deviennent alors pustules ; enfin, elles sèchent et se recouvent d'une croûte. La durée de la maladie est en moyenne de deux à trois semaines.

Nous pouvons nous appuyer sur l'opiuion du professeur Landouzy qui dit : « Que l'évolution des zoster se fait d'une manière presque cyclique suivant un type invariable en dépit des régions envahies. »

Entre ces vésicules ou pustules, la sensibilité cutanée n'est pas normale, il y a souvent anesthésie

ou analgésie, comme nous le verrons plus loin dans un chapitre spécial.

Épidémicité. — On trouve souvent plusieurs cas de zona en même temps, car ces cas viennent en série. Jeffroy, en 1878, observe une épidémie de zona dont il rend compte à la Société de médecine. Simon, en 1840, observa une épidémie à Saint-Louis. Weiss, à la clinique de Prague, observa 15 cas de zona en deux mois, alors qu'il n'en voyait habituellement que des cas isolés. Kaposi, en 1889, déclare que le zona est épidémique et que par ordre de fréquence il se produit surtout aux mois d'avril, mai, octobre et novembre. Il remarque également que ces époques coïncident avec le maximum de pneumonies et d'érysipèles.

Quant à la contagion, le professeur Landouzy en soutenant sa théorie infectieuse résolut positivement la question. Debray, dans sa thèse, en rapporte un cas intéressant. Il s'agit d'un domestique de ferme qui quitte sa place parce qu'il est atteint de zona, son successeur qui couche dans son lit contracte le zona.

Mais le zona est contagieux sans que l'on puisse dire ce qui est contagieux en lui, car les inoculations du pus des vésicules furent nulles ; il semble bien que ce ne soient pas elles et que les vésicules ne sont qu'un trouble trophique secondaire.

Immunité. — Enfin un dernier caractère en faveur de la nature infectieuse du zona c'est qu'il récidive peu souvent.

Kaposi dit : « Un fait digne de remarque c'est que le zona ne survient d'ordinaire qu'une fois chez le même individu. »

Il serait cependant faux d'affirmer que la récidive est impossible ; mais, comme le dit Brissaud : « Jamais une maladie n'obéit d'une façon absolue aux règles que nous lui assignons et peut-être n'est-il pas de maladie qui confère constamment une rigoureuse et définitive immunité. »

Ne voit on pas, en effet, des maladies infectieuses, comme la rougeole et la scarlatine récidiver, mais le plus souvent la récidive est bénigne.

M. le Dr Félix Ramond et nous, pensons qu'il en est de même pour le zona, les récidives de zona sont souvent des zonas frustres où manquent la plupart des symptômes ; on s'en rend également bien compte dans les cas de zona double, comme le démontre l'observation que nous reproduisons ci-dessous : le premier côté sur lequel évolue le zona, présente tous les symptômes habituels et toute l'évolution cyclique du zoster avec la plus grande intensité, tandis qu'au contraire, le côté opposé, atteint que secondairement sur le même segment, ne présente que quelques taches érythémateuses, ou quelques vésicules avec douleur nulle, ou très peu intense comme si le sujet avait, en quelque sorte, été vacciné pour la première atteinte.

Le zona qui succède aux névrites traumatiques, n'est probablement pas susceptible de de cette interprétation ; il n'a pas une marche cyclique et récidive fréquemment. Il s'agit là, sans doute, d'une éruption

zostériforme morphologiquement analogue au zona, mais relevant d'un processus différent. Encore n'est-il pas impossible qu'une intervention microbienne soit nécessaire pour que la lésion des filets nervcux aboutissent à la production des vésicules.

Le nommé D..., dix-huit ans, vient nous trouver pour une éruption zostériforme occupant les cinquième et sixième espaces intercostaux droits. Sur la ligne axillaire, on remarque quelques placards érythémateux, et cinq ou six groupes de vésicules.

Tout à fait en avant et en dedans du mamelon, dans les cinquième et sixième espaces intercostaux, quelques vesicules et papules.

Huit jours après, apparurent symétriquement sur le côté gauche cinq à six petites macules dans la région mamelonnaire, ces macules apparurent sans aucune douleur et disparurent au bout de trois à quatre jours.

Enfin, on constate que le mamelon droit et la gangle mammaire sont le siège d'une tuméfaction douloureuse à la pression qui, suivant le malade, date de trois semaines environ.

Cette mastité s'accompagne d'une légère adénopathie axillaire douloureuse également.

L'examen de la sensibilité dans le territoire du zona à droite montre une hypéresthésie de tous les modes de la sensibilité, thermique, tactile et douloureuse à la fois sur les plaques et sur la peau environnante ; au voisinage, vaso-dilatation plus marquée.

Observation prise a la consultation de la Pitié

Homme de quarante-cinq ans, terrassier, vigoureux sans antécédents tuberculeux mais éthylique. Porteur d'une zona abdominal qui part en arrière des deux dernières vertèbres dorsales et des deux premières lombaires, se dirige transversalement en avant pour se terminer aux alentours de l'ombilic qu'il aborde un peu en haut.

Le flanc gauche est donc le siège d'une éruption zosteriforme typique avec deux placards principaux, le premier dans la région juxta-vertébral et le deuxième sur la ligne axillaire antérieure.

Signes fonctionnels habituels.

En même temps on constate à droite sur le même plan transversal une série de petites papules de la surface d'un quart d'une lentille et quelques très petites vésicules du volume d'une tête d'épingle seulement, et qui par leur répartition à droite rappellent la répartition du zona gauche. Quelques troubles douloureux très vagues.

Le malade prétend que l'éruption droite a retardé de quarante-huit heures sur l'éruption gauche.

Le malade ne fut pas revu.

CHAPITRE II

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ OBJECTIVE DE LA PEAU ET THERMO-ANALGÉSIE DANS LE ZONA

En dehors des troubles sensitifs et moteurs dont nous avons parlé dans notre premier chapitre et qui évoluent en même temps que l'éruption, il est en d'autres qui continuent d'évoluer plus ou moins longtemps après l'état aigu de la maladie.

Nous savons que le zona laisse quelquefois à sa suite des névralgies rebelles excessivement douloureuses, de l'atrophie musculaire lorsqu'il porte sur un nerf mixte ; des modifications de la sécrétion sudorale (anhydrose ou hyperhydrose). On l'a vu devenir le point de départ de paralysie ascendante aiguë.

Ces complications post-zostériennes ont retenu l'attention de nombreux auteurs.

En effet, les modifications portant sur l'appareil moteur parésie, paralysies ont été rapportées dans de multiples observations ; en particulier, celles de Taylor et Jeoffroy, en 1882. Klippel et Aynaud ont donné, en 1889, une magistrale étude de la paralysie faciale zostérienne.

De même, les pertubations oculaires qui viennent compliquer le zona opthalmique (altération du nerf optique de la papille, les nécrotites sont connues depuis longtemps.

Nous ne voulons rien ajouter à ces faits classiques, mais insister sur certains troubles de la sensibilité objective qui présentent un intérêt particulier.

Déjà, en 1875, Rendu, dans sa thèse d'agrégation, parle de plaques d'anesthésie et d'analgésie permanentes qui siègent au niveau des cicatrices zostériennes et cite le cas d'un infirmier de Saint-Louis qui, ayant en 1873 un zona du plexus cervical, présentait à la fin de l'année 1874 une insensibilité aussi prononcée que le premier jour, au niveau de la région atteinte. Pour expliquer ces troubles, il suppose « qu'il se produit dans l'intimité des filets nerveux des modifications profondes. »

En 1883, Schwimmer mentionne un zona abdominal gangréneux suivi de plaques d'anesthésie qui durèrent six mois ; un zona gangréneux du front avec une anesthésie qui dura plnsieurs mois, un zona thoracique offrant des plaques d'anesthésie alternant avec des plaques d'hypéresthésie.

Féré cite également un cas de zona intercostal qui fut suivi d'une bande d'anesthésie et d'analgésie de 11 à 12 centimètres de haut.

Grasset et Wedel en 1898 ont constaté, au sujet d'un zona fémoral, de l'hyperesthésie et des troubles de la température.

En 1900, Champion, dans sa thèse, constate des

plaques d'anesthésie et d'hyperesthésie associées à des troubles du sens thermique.

Armand Delille et Camus, en 1903, ont constaté dans un zona lombaire, onze jours après l'éruption, de l'hyperesthésie au contact de l'analgésie et de la perversion de la sensibilité thermique.

En 1907, Alexandre Bruce cite le cas d'une femme qui avait un zona du côté droit du thorax, au niveau des septième et huitième espaces intercostaux, à la suite de ce zona elle présenta des troubles de réflexes et de la sensibilité (dissociation syringomyélique) dans le membre inférieur droit.

L'auteur explique le fait en se reportant au travail d'André Thomas et Lamisière qui ont signalé des hémorragies dans les cornes postérieures de la moelle.

Petren et Bergmack, dans plusieurs cas parus dans *le Zeitschrift für Klinische Medecin* (1907), ont noté une anesthésie complète qui durait depuis plusieurs mois.

En novembre 1910, le Dr Chiray communique à la Société médicale des Hôpitaux l'observation d'une malade chez laquelle l'analgésie et la thermo-anesthésie persistaient encore quinze jours après la cicatrisation des vésicules.

Quinze jours après le Dr Félix Ramond fait connaître à la même Société les résultats d'une statistique portant sur 43 cas d'après lesquels il ressort que l'hyperalgésie et la thermoanesthésie sont les phénomènes les plus fréquemment rencontrés.

En 1901, Rellier s'inspirant de l'observation du Dr Chiray et des statistiques du Dr Ramond fait sa thèse sur les troubles de la sensibilité objective dans le zona.

Sensibilité au tact. — Ce mode de sensibilité est indépendant de la sensibilité douloureuse et thermique, il peut être modifié seul tandis que les deux autres sont conservés. Généralement ce trouble disparaît assez rapidement, mais est susceptible de persister plusieurs mois. Il est très facile à mettre en évidence en promenant sur les téguments un petit pinceau ou mieux en se servant du compas de Weber.

Dans la statistique du Dr Ramond portant sur 43 cas la sensibilité au tact était augmentée quatorze fois; diminuée seize fois, égale des deux côtés treize fois.

Sensibilité à la douleur. — Pour explorer les diverses modifications de la sensibilité douloureuse, on peut se servir de l'un quelconque des différents algésimètres ou simplement d'une épingle.

Tantôt l'on constate que ce mode de sensibilité est diminué, le malade sent faiblement la piqûre ou ne la sent pas du tout, il y a de l'hypoalgésie ou de l'analgésie, tantôt au contraire la sensibilité est exagérée on a alors de l'hyperesthésie.

Le Dr Ramond, dans ses 43 cas, a noté de l'augmentation de la sensibilité vingt-quatre fois; de la diminution de la sensibilité douze fois. Dans 7 cas la sensibilité était égale des deux côtés.

On voit donc que dans la statistique du Dr Ramond c'est l'hyperesthésie qui domine.

Cette modification objective de la sensibilité se trouve la plupart du temps sur toute la région occupée par les éléments éruptifs.

Dans quelques cas ce trouble sensitif a été constaté dans une région très éloignée du siège de l'éruption. Champion, dans sa thèse, en a rapporté des exemples ; Cartier, cité par lui, a noté dans un zona des sixième, septième, huitième espaces intercostaux gauches de l'hyperesthésie qui siégeait de façon symétrique sur les sixième, septième, huitième espaces intercostaux droits et de l'anesthésie sur l'épaule et la main du côté atteint.

L'analgésie se présente tantôt sous forme d'îlots disséminés ou de plaques nettement délimitées séparées par des intervalles où la sensibilité est normale ou exagérée, tantôt sous forme diffuse constituant des bandes superposées aux cicatrices zostériennes ; on rencontre également de l'analgésie sur des territoires où la peau est saine ce qui empêche d'admettre l'hypothèse que cette analgésie est due aux modifications survenues dans le derme par suite des cicatrices.

On trouve également sur le même point des successions d'analgésie et d'hyperesthésie.

La durée de ce trouble est, en genéral, proportionnée à son intensité, les analgésies faibles disparaissent en général un mois, deux mois au plus après leur début ;

d'autres demeurent plus longtemps, un an et même plus.

Sensibilité thermique. — Dans la statistique du Dr Ramond, sur 43 cas examinés, nous trouvons : sensibilité au froid, augmentée six fois ; diminuée vingt-cinq fois ; égale des deux côtes, douze fois. Sensibilité au chaud : augmentée quatre fois ; diminuée trente-quatre fois ; égale cinq fois.

On voit que les résultats sont différents de ceux obtenus par d'autres auteurs, Cartier, Granet et Vedel, en 1898 ; Armand Delille et Camus, en 1903, qui n'ont trouvé ce trouble que dans un petit nombre de cas. En 1907, cependant, Alexandre Bruce avait noté dans un cas de zona intercostal droit de la dissociation syringomylique dans le membre inférieur droit.

Le Dr Ramond a trouvé trente-quatre fois, sur les 43 cas examinés, de la thermo-anesthésie, ce qui prouve la grande fréquence de la perversion de ce mode de sensibilité. L'exagération de la sensibilité thermique constatée six fois par le Dr Ramond est relativement rare.

Ce trouble thermique peut siéger sur des régions éloignées de la zone éruptive comme en font foi plusieurs observations, il est ordinairement lié à de l'analgésie.

Lorsque le trouble thermique est d'emblée peu accentué, il régresse progressivement et généralement disparaît au bout de un ou de deux mois au plus, tandis que lorsqu'on constate une sensibilité

très émoussée incapable par exemple de reconnaître une différence de 20 degrés comme dans une observation de Petren et Bergmark, 1907, où la malade ne peut reconnaître une différence de 22 et 42 degrés au bout de huit mois, le trouble très intense semble bien devoir être définitif.

Le Dr Ramond signale également une autre particularité qui accompagne le zona mais ne dure que deux ou trois septennaires ; c'est la facilité avec laquelle on provoque le phénomène appelé « chaire de poule » ou réflexe bulbo-pileux, du côté malade par une simple friction avec l'ongle de la peau qui environne l'éruption. Ce réflexe a été rencontré dans plus de la moitié des cas.

Le Dr Ramond signale deux autres faits plus rares et aussi moins spécifiques puisqu'on les rencontre dans d'autres névralgies ou névrites non suivies d'éruption : c'est la polyurie avec pollakiurie observée quatre fois et de la glycosurie transitoire trois fois. Deux de ces cas dans deux zonas de la cuisse et le troisième dans un zona lombo-abdominal.

Voici une observation où se trouvent réunis des troubles de la sensibilité et des troubles de la miction.

La nommée F..., quarante-huit ans. Parents morts âgés.

Antécédents personnels. — Douleurs rhumatismales.

Prise il y a huit jours de douleurs violentes avec élancements dans la région hypogastrique, en même temps pollakiurie, polyurie et légères douleurs en urinant.

Il y a quatre jours une éruption de quelques vésicules d'herpès au niveau de la partie supérieure de la cuisse droite, à 4 ou 5 centimètres de la crête iliaque.

Pas de troubles de la sensibilité au tact et à la douleur, mais thermo-anesthésie. Pas de glycosurie.

CHAPITRE III

TROUBLES TROPHIQUES ET SENSITIFS DE LA MUQUEUSE LINGUALE AVEC PARALYSIE FACIALE DANS LE ZONA.

Dans le chapitre précédent nous avons étudié les troubles de la sensibilité cutanée qui accompagnent et suivent l'éruption zostérienne ; dans ce chapitre ci nous voulons nous attacher à l'étude de phénomènes cliniques rares que nous avons observés au cours d'un zona.

Il s'agit d'une part de paralysie avec troubles gustatifs, et d'autre part de troubles sensitifs et trophiques de la muqueuse linguale.

Quand on parle de paralysie zostérienne, on entend celle qui accompagne le zona maladie, il ne faut donc pas la confondre avec les cas d'éruption zosteroïdes qui accompagnent les paralysies faciales de toute autre nature.

La première observation de zona opthalmique compliquée de paralysie faciale fut publiée par Letulle, en 1882.

En 1885, en Allemagne, Eulenbourg, Remak et

Strubing font connaître de nouvelles observations de zona compliquées de paralysie faciale.

En 1887, Testaz, dans sa thèse, rapporte une observation de zona avec paralysie faciale, troubles de la sensibilité, affaiblissement de l'ouïe à gauche, agueusie par l'acide salcylique dans la moitié gauche de la langue.

En 1888, Despaigne rapporte deux observations de zona avec paralysie faciale.

En 1894, Darabseth et Spencer constatent dans deux zonas des altérations du goût.

Ensuite, le professeur Raymond rapporte une observation de zona siégeant sur le côté droit de la langue et du voile du palais.

Enfin, en 1899, Klippel et Aynaud font une étude très détaillée de la paralysie faciale au cours du zona étude dont les conclusions furent adoptées par Champion, dans sa thèse. Ces auteurs signalent un fait fort peu connu jusqu'alors l'agueusie et l'anosmie au cours de certains zonas.

En 1897, Lermoyez et Barozzi avaient publié une observation de zona double bucco-pharyngé où l'éruption bilatérale suivait le trajet des rameaux du nerf palatin antérieur, mais les auteurs n'ont pas noté de troubles du goût.

Quand le zona se complique de paralysie faciale, cette paralysie faciale apparaît dans les premiers jours qui suivent l'éruption et l'éruption vésiculeuse peut n'intéresser la face que d'une façon accessoire ou même pas du tout, en d'autres termes, la paraly-

sie faciale peut être un accident à distance ou une paralysie aberrante comme les anesthésies (Klippel et Aynaud).

Dans la majorité des cas signalés par ces deux auteurs les muscles de la face étaient seuls atteints à l'exclusion de ceux qui sont innervés par les collatérales profondes du facial.

De ces paralysies faciales, il faut rapprocher les paralysies oculaires compliquant le zona ophtalmique très bien étudiées par Sulzer.

Voici l'histoire du malade qu'il nous a été donné d'examiner.

X..., quinze ans, né avant termes de parents bien portants eut une première enfance difficile et vers l'âge de six ans, quelques manifestations comitiales des plus nettes. Son frère et sa sœur plus jeunes et venus à terme, sont au contraire tout à fait normaux et même d'intelligence précoce.

Il y a deux mois, il fut pris d'un zona de la face avec ses phases successives d'incubation, d'invasion, d'éruption et de desquamation. L'éruption se fit à gauche, un peu en avant du conduit auditif externe et à la hauteur de l'articulation temporo-maxillaire, où se voyait un large placard vésiculeux. De ce placard partirent trois branches divergentes d'éléments également éruptifs. La première verticale alla se perdre dans le cuir chevelu à la hauteur de la face temporale; la seconde presque horizontale se dirigea vers l'angle externe orbitaire sans empiéter sur l'œil; la troisième oblique en bas et en avant suivit le maxillaire inférieur jusqu'à la ligne médiane après avoir détaché une branche secondaire au niveau de la commissure buccale.

On remarquera en passant que l'éruption était strictetement localisée sur le territoire sensitif du seul maxillaire inférieur, troisième branche du trijumeau et n'empiétait pas sur le territoire sensitif des deux autres branches. Le fait mérite d'être signalé puisqu'il prouve que l'éruption peut parfois se limiter à une zone sensitive exactement répérée.

L'éruption se fit également sur la muqueuse buccale gauche face interne des joues, gencives, moitié gauche de la langue, mais les vésicules se crevèrent rapidement et furent recouvertes d'un épais exsudat pultacé et purulent très fétide.

La salive était abondante mais visqueuse comme si elle parvenait des deux glandes sous-maxillaire et sub-linguale :

Le zona s'accompagna des douleurs irradiées classiques : sensations de brûlures profondes, semblant siéger sur le maxillaire inférieur lui-même, continues et paroxystiques ; dans la bouche, à la face interne de la joue gauche et sous la langue, mêmes sensations douloureuses ; en outre, crises de névralgie dentaire dans toute la moitié gauche du maxillaire inférieur.

Mais au zona s'ajoutèrent des troubles moteurs fort intéressants, les uns spasmodiques, les autres parétiques, au contraire. Les premiers portaient sur les muscles masticateurs qui étaient contracturés ; les autres, sur les muscles innervés par le facial inférieur. Il faut remarquer en passant, cependant, que le trismus pouvait être occasionné dans le cas actuel par la douleur dentaire diffuse déjà signalée.

La paralysie correspondait au facial inférieur ; à la vérité, il s'agissait plutôt de parésie que de paralysie ; légère déviation de la commissure buccale, difficulté du sifflement.

L'évolution du zona fut classique ; la desquamation laissa

quelques cicatrices cutanées, la muqueuse buccale se détergea. C'est alors que nous pûmes étudier les troubles de la sensibilité cutanée et muqueuse et les troubles trophiques de la langue.

Sur la peau du visage correspondant au siège de l'éruption, c'est à dire sur tout le territoire du nerf maxillaire inférieur, il y avait une dissociation syringomyélique fort nette de la sensibilité, telle que nous l'avons signalée dans le chapitre précédent.

Cette dissociation s'observait, quoique moins nette, sur la portion gauche de la muqueuse buccale correspondant au territoire innervé par le nerf maxillaire inférieur et sur toute la moitié gauche de la langue. En outre, sur cette même moitié de la langue, la sensibilité gustative avait disparu dans les deux tiers antérieurs ; le malade ne discernait pas la saveur du sel, de chlorhydrate de quinine, du sucre appliqué sur cette portion de la muqueuse. L'odorat était normal, il n'y avait pas de trouble de l'ouïe comme cela été signalé dans quelques observations analogues.

Donc dissociation syringomyélique de la sensibilité cutanée et muqueuse et agueusie, tels sont les troubles qui accompagnaient le zona et la paralysie faciale. Restaient les troubles trophiques auxquels nous avons fait allusion. Voici en quoi ils consistaient. Dès que la muqueuse buccale fut détergée, on remarqua que la muqueuse de la moitié gauche de la langue dans ses deux tiers antérieurs était rose vif, presque lisse et brillante comme dans la scarlatine sans exsudat à sa surface, contrastant vivement avec la moitié droite de la langue encore revêtue d'un enduit saburral grisâtre.

Les muqueuses jugale et gingivale ne présentaient pas le

même contraste. En somme, l'éruption du zona fut suivie d'une desquamation rapide et complète de la muqueuse de la langue, dans sa moitié correspondante.

Toutes ces complications terminales du zona facial, parésie, troubles nutritifs et trophiques, disparurent rapidement en quinze jours, et deux mois après le début des accidents le jeune X... ne se ressent plus d'aucun de ses accidents zostériens.

L'association du zona et de la paralysie faciale avec agueusie a donné lieu à plusieurs hypothèses.

Letulle semble admettre la théorie reflexe, c'est-à-dire que l'irritation zostérienne d'une branche sensible : le trijumeau puisse, par action sur les centres nerveux, déterminer la paralysie d'un nerf moteur de même territoire d'innervation : le facial. En effet grâce à la méthode de Nisl qui permet de déceler les plus fines altérations de la cellule nerveuse, on a pu établir que les lésions de la périphérie retentissaient presque toujours sur les éléments centraux.

Bouchut donne son adhésion à la théorie de la propagation, s'appuyant sur la névrite ascendante intracérébrale déterminant l'amaurose par suite des plaies du sourcil (d'abord lésion du nerf périphérique, le sus-orbitaire, puis névrite ascendante propagée jusqu'au centre encéphalique, puis inflammation se réfléchissant de proche en proche par extension centrifuge sur les filets d'origine du nerf optique.

Klippel et Aynaud adoptent la théorie infectieuse. « Le zoster qui frappe un nerf sensible, disent-ils,

frappe en même temps un nerf moteur qui, dans le cas particulier, est le facial. En d'autres termes si le zoster est une infection à détermination nerveuse, cette infection peut, dans certains cas, avoir une action simultanée sur deux branches nerveuses dont l'une est sensitive et l'autre motrice ou sur deux centres nerveux si l'on admet l'origine centrale du zona. Ainsi interprétée la paralysie faciale ne devient plus une simple complication du zona, elle est le zona lui-même en action sur le nerf facial ou sur son centre, et elle est à rapprocher d'autres accidents à distance qui compliquent le zona notamment les névralgies, les anesthésies cutanées aberrantes décrites par Champion. »

Les douleurs, les vésicules, les anesthésies disent Klippel et Aynaud, personne ne songera à les rapporter à une autre cause qu'a l'action de la maladie zostérienne sur des territoires plus ou moins distants du foyer principal du zona. Il nous semble que ses déterminations possibles sur le nerf facial peuvent s'interpréter de la même façon.

Les troubles du goût peuvent s'expliquer par paralysie du facial (corde du tympan). Cette explication, pour notre cas, a besoin d'être précisée.

Le zona uniquement réparti sur le seul territoire du nerf maxillaire inférieur peut être dû à la lésion du ganglion otique qui est au nerf maxillaire inférieur ce que les ganglions rachidiens sont aux nerfs rachidiens et la parésie faciale avec agueusie peut se rattacher à la lésion du nerf facial entre le gan-

glion géniculé et l'émergence de la corde du tympan ; l'inflammation se propageant du ganglion otique au ganglion génicule par l'intermédiaire du petit nerf pétreux superficiel et des lymphatiques qui l'accompagnent. La coexistence du zona et de la paralysie faciale s'expliquerait ainsi facilement.

Telle est l'opinion de M. le Dr Ramond et la nôtre.

Nous savons de même par toutes les autopsies faites depuis celle de Bœreusprung, en 1863, jusqu'à celles de Head et Campbell, en 1900 ; celle d'Armand Delille et Camus, en 1902, que les lésions sont variables.

Tantôt les lésions sont étendues et profondes ; tantôt plus discrètes et peu accentuées ; mais quel que soit le degré des altérations, on trouve les ganglions spinaux modifiés dans leur épaisseur et leur consistance ; ils renferment des suffusions sanguines, leur enveloppe congestionnée et infiltrée de cellules rondes. Au microscope, on trouve dans l'intimité de ces ganglions une infiltration de cellules rondes dans le tissu interstitiel, des petits foyers hémorragiques au niveau desquels les cellules ganglionnaires sont détruites. Dans les cas graves, le ganglion est en partie sclérosé, les filets sensitifs qui, du ganglion se rendent dans la moelle, sont dégénérés et on peut suivre cette dégénérescence jusque dans la moelle.

Les racines sont remplies de corps granuleux, surtout abondants à l'entrée de la moelle et se disposant au niveau de la tête de la corne postérieure.

Le nerf mixte qui s'échappe du ganglion rachidien

est augmenté de volume, congestionné, possède des fibres sensitives dégénérées.

Enfin, au niveau de la moelle elle-même, on note la présence de corps granuleux qui sont surtout situés dans la partie externe du cordon de Burdack et forment une traînée qui s'étage sur une hauteur plus ou moins grande de l'axe spinal.

M. Chiray se demande si dans les cas intenses l'inflammation ne se propagerait pas à l'axe gris de la moelle suivant le même processus que celui de la névrite ascendante et si la thermo-anesthésie constatée dans certains zonas ne résulterait pas de la dégénérescence de certaines régions de cet axe gris.

Du reste, comme l'ont soutenu MM. Brissaud et Achard, la plupart des zonas primitifs ou essentiels ont une origine spinale.

Le désaccord qui existe entre la topographie de l'éruption et de la distribution des nerfs cutanés, la coïncidence de la topographie de cette éruption avec celle des troubles sensitifs d'origine médullaire, la coexistence possible d'anesthésie spinale avec l'éruption, le caractère des douleurs qui sont vagues et diffuses, l'absence habituelle de points névralgiques, quelques cas de troubles moteurs associés au zona constituent des arguments à l'appui de la théorie médullaire.

Enfin, la théorie infectieuse de M. Landouzy se concilie très bien avec l'origine spinale du zona.

Puisque, d'après les autopsies, comme nous l'avons déjà vu, la lésion atteint les nerfs périphériques et

les ganglions spinaux, elle ne reste pas cantonnée, elle déborde donc le ganglion spinal, atteint la racine postérieure pour envahir les cordons postérieurs et surtout les cornes correspondantes et même parfois les cornes antérieures ; il est donc probable que chez notre malade la lésion atteignait non seulement le ganglion otique, mais encore le tronc du maxillaire inférieur et les cellules d'origine de ce nerf ; or, ce noyau originel bulbaire est situé entre le noyau du facial qui le limite en haut et en avant, et le noyau du nerf intermédiaire de Wrisberg, origine de la corde du tympan qui le limite en bas.

Il n'est donc pas impossible que la lésion du noyau du maxillaire inférieur, dans certains cas, déborde en haut et en bas et atteigne ainsi les noyaux du facial et du nerf intermédiaire de Wrisberg. D'où la coexistense de la paralysie faciale inférieure avec altérations du goût et troubles trophiques passagers de la muqueuse linguale.

M. Sicard, se basant sur l'agueusie et même la parésie faciale qui survient chez des névralgiques auxquels on a fait des injections d'alcool pour détruire le nerf maxillaire inférieur, sans que le facial soit atteint, grâce seulement aux plexus anastomatiques terminaux sensitivo-moteurs, donnerait à ces troubles trophiques et sensitifs une origine périphérique plutôt qu'une origine bulbaire centrale.

Les conclusions de MM. Brissaud et Achard sont bien en harmonie avec la conception de M. le Dr Ramond et la nôtre.

Pour ce qui était des zonas du tronc, M. Brissaud avait émis l'opinion en 1896, que l'origine devait en être cherchée dans la moelle elle-même et pour appuyer cette théorie nouvelle il se fondait sur la topographie de l'éruption qui, comparée à celle des troubles sensitifs dans les affections du système nerveux, répond mieux à une origine centrale qu'à une origine périphérique.

A la même époque, M. Achard faisait connaître plusieurs faits en harmonie avec cette conception.

Le zona de l'extrémité céphalique ne doit pas faire exception. M. Brissaud a publié plusieurs faits dans lesquels l'association de troubles paralytiques à un zona occupant le domaine du trijumeau indiquait la participation des centres nerveux.

Le cas publié par MM. Achard et Castaigne dans *la Gazette hebdomadaire* en 1897, nous paraît prêter un appui à notre théorie pathogénique.

D... Joseph, cinquante et un ans, homme de peine, entre le 27 mai 1897 à l'hôpital Tenon.

Deux jours avant son entrée, cet homme fut pris d'une violente céphalée siégeant du côté gauche. Le lendemain 21 mai il remarqua que le côté gauche de la face était enflé et un peu rouge, il craignit un érysipèle et c'est pour cela qu'il entra à l'hôpital. A son entrée, il présente un facies qui rappelle celui de l'érysipèle avec l'œdème bilatéral des paupières supérieures; mais en y regardant de près on voit que si la paupière droite est tuméfiée, c'est en effet de l'œdème collatéral, et que les phénomènes inflammatoires sont limités

en réalité sur le côté gauche et s'arrêtent sur la ligne médiane. Cet œdème s'étendant sur la partie frontale du cuir chevelu est très douloureux à la pression et rosé. Sur la zone érythémateuse se trouvent de place en place de petites vésicules à différents stades de leur évolution.

La topographie de ces vésicules est la suivante :

1° Sur la région frontale du cuir chevelu on trouve deux ou trois groupes composés chacun de cinq à six vésicules. Ils siègent sur le territoire du rameau frontal de la branche ophtalmique du trijumeau. Mais il existe un groupe de trois vésicules situé presque sur la ligne médiane et qui n'est pas sur le trajet d'une branche du trijumeau ;

2° Sur le front, la tempe et les paupières, on voit de nombreux groupes ;

3° Sur la joue et le nez se remarquent des groupes de vésicules ;

4° Sur la mâchoire inférieure. il n'existe qu'un seul petit groupe de trois vésicules à peu près à l'émergence du nerf maxillaire inférieur.

Les muqueuses sont atteintes aussi par l'éruption :

1° La conjonctive gauche est très rouge et au niveau du limbe scléro-cornéen se voient trois petites vésicules isolées. La cornée est intacte ;

2° La pituitaire présente au niveau de la partie cartilagineuse du nez trois vésicules ;

3° La muqueuse buccale est parsemée de nombreuses vésicules qui s'étendent jusqu'au pharynx. Elles sont disposées de la façon suivante :

a) La joue présente un groupe près de l'embouchure du canal de Stenon ;

b) La langue porte sur son bord gauche deux ou trois vésicules ;

c) Le voile du palais offre douze à quinze vésicules isolées, qui ne dépassent pas la ligne médiane ; il en existe également sur les piliers antérieur et postérieur et sur l'amygdale où elles se réunissent en un groupe formant une ulcération ;

d) Enfin, en abaissant fortement la langue, on aperçoit des vésicules isolées sur le côté gauche du pharynx buccal.

Phénomènes douloureux peu accentués, céphalée et photophobie. Pas de dysphagie.

On remarque une inégalité pupillaire très accusée. La pupille gauche est plus large que la droite et réagit à peine à la lumière et à l'accommodation. Un peu de tuméfaction des ganglions de l'angle de la mâchoire du côté gauche.

Température de 38°8. Pas d'albumine.

Dans les antécédents du malade on relève une fièvre typhoïde et une pneumonie. Pas de syphilis.

Il est sujet aux migraines ; depuis cinq ou six ans, il est artério-scléreux.

Les jours suivants la température s'éleva à 39°2, puis s'abaissa à 37°7. Une épistaxis peu abondante, mais répétée eut lieu par la narine gauche. L'éruption cutanée évolua très simplement.

Les douleurs qui avaient disparu reparurent le 28 mai avec une ténacité particulière ; elles avaient le caractère de la névralgie du trijumeau avec exaspération sous forme de crises violentes.

L'inégalité pupillaire due à la dilatation paralytique de la pupille gauche a persisté pendant tout ce temps et existait

encore lorsque le malade quitta l'hôpital, le 4 juillet. Les douleurs de la face subsistaient également.

Il s'agit donc d'un homme présentant un zona occupant non seulement le territoire de la branche opthalmique, mais celui des deux autres branches principales du trijumeau ; il s'est développé sans cause appréciable chez cet homme sujet aux migraines. Il faut remarquer le peu d'intensité des phénomènes généraux de l'aspect érésypélateux du début qui est dû au fond érythémateux sur lequel se développèrent consécutivement les vésicules.

Malgré la participation du nerf nasal externe qui entraînerait fréquemment suivant les auteurs la kératite et les redoutables complications oculaires, la cornée est restée indemne, mais MM. Achard et Castaigne relèvent deux particularités importantes qui sont à rapprocher de notre cas exposé plus haut : l'éruption sur les muqueuses et la dilatation paralytique de la pupille. Toutes les muqueuses innervées par le trijumeau sont intéressées par l'éruption conjonctive, pituitaire, muqueuses bucco-pharyngées. En outre, les vésicules s'étendent à l'amygdale et à la face postérieure du pharynx débordant ainsi sur les territoires d'innervation du glosso-pharyngien et du pneumo-gastrique. L'éruption occupe donc le territoire de plusieurs nerfs crâniens dont le trajet est fort différent mais dont les origines sont assez voisines pour pouvoir être affectées facilement par une même altération. Aussi l'interprétation pathogénique que nous avons donné pour expliquer les

divers troubles que nous avons signalé dans notre observation pour admettre l'origine centrale du zona convient également ici.

Mais comme le disent MM. Achard et Castaigne, il est certain que tous les zonas céphaliques ne réalisent pas cette topographie favorable à la thèse que nous défendons, car le plus souvent le zona bucco-pharyngien est moins étendu et reste cantonné à une portion du nerf du trijumeau ; c'est pourquoi dans un travail récent que nous avons déjà signalé plus haut. MM. Lermoyez et Barozzi s'efforcent de séparer cliniquement les diverses formes d'herpès de la gorge et ont invoqué entre autres argumentsla distribution de l'éruption comme un caractère propre à différencier le zona pharyngé de l'angine herpétique ; le zona pharyngé, presque toujours unilatéral, se limitant à la muqueuse palatine tandis que l'angine herpétique habituellement bilatérale occupe non seulement le voile du palais, mais la région amygdalienne et la paroi postérieure du pharynx, c'est à-dire comprise sur les territoires des cinquième, neuvième et dixième paires.

Si, suivant MM. Achard et Castaigne, l'éruption ne suffit pas à trancher la question, puisque dans le cas rapporté plus haut l'éruption empiétait sur des régions affectées d'ordinaire par l'angine herpétique, les deux états morbides présentent une symptomatologie différente. Dans le cas précité, comme c'est d'ailleurs la règle, le début marqué seulement par une fièvre légère, l'absence de douleur de la gorge, le

siège nettement unilatéral, l'évolution subaiguë, ne permettaient aucune confusion avec l'angine herpétique, qui débute ordinairement par une fièvre vive, donne lieu à une vive douleur et prend une allure franchement aiguë.

La seconde particularité sur laquelle insistent MM. Achard et Castaigne, consiste dans la dilatation paralytique de la pupille signalée dans un certain nombre d'observations de zona ophtalmique.

Cette mydriase paralytique est intéressante parce qu'elle représente un degré très simple des paralysies oculo-motrices qu'on observe dans certains cas de zonas ophtalmiques. Ces paralysies regardées généralement comme transitoires peuvent cependant être tenaces comme dans les cas cités par MM. Achard et Castaigne.

Les paralysies de la troisième paire, complètes ou incomplètes, ne sont pas les seules que l'on puisse observer. On voit aussi la paralysie de la sixième paire et de la septième paire.

« Toutes ces paralysies, disent MM. Achard et Castaigne, ont un grand intérêt pour la théorie pathogénique que nous soutenons, car elles paraissent bien montrer que la lésion du nerf trijumeau n'est pas tout dans le zona, et que les altérations sont nées ailleurs que sur le trajet de ce nerf. Elles indiquent plutôt dans la plupart des cas une origine bulbaire. »

Il en est de même des faits intéressants rapportés par M. Brissaud et dans lesquels le zona s'est accompagné d'une hémiplégie croisée.

Comme preuve encore de la théorie que nous mettons à propos de la pathogénie du zona, nous pouvons citer les trois observations d'herpès de la face à la suite d'injections intravertébrales de cocaïne rapportées par MM. Achard et Laubry ; dans deux de ces cas pour une névralgie sciatique et dans le troisième pour une colique saturnine.

« Dans nos trois cas, disent MM. Achard et Laubry, l'herpès a été précédé d'une céphalalgie et de vomissements avec un mouvement fébrile plus ou moins accentué ou passager.

» Il semble donc qu'une action ait été exercée sur les méninges craniennes par la cocaïne diffuse dans le liquide céphalo-rachidien. L'herpès paraît donc être d'origine nerveuse et reconnaître en somme à la localisation près, un mécanisme pathogénique peu différent de celui du zona ; seulement il était moins systématique dans sa topographie et bilatéral, parce que l'agent irritant avait porté son action non sur un point très limité comme dans le zona, mais sur une étendue plus grande des centres nerveux. Ces faits contribuent par suite à établir l'origine toxique et neurotrophique des herpès fébriles. »

MM. Achard et Laubry font remarquer particulièrement le temps qui a séparé le moment de l'éruption et l'apparition de l'herpès. Ce temps était d'un peu plus de quarante-huit heures dans les deux premiers cas et d'un peu moins dans le troisième ; au contraire, la céphalalgie, les vomissements, l'élévation de température se manifestent très peu de

temps après l'injection ; ce sont des effets immédiats directement provoqués par l'action de la substance toxique sur l'axe cérébro-spinal ; quant à l'éruption elle a nécessité, comme tous les troubles trophiques, un temps plus long parce qu'il s'agit d'une lésion naturelle de la peau qui ne se constitue pas dans un instant.

Il en est de même à notre avis de l'éruption dans la plupart des zonas qui suit de quelques jours les phénomènes généraux.

M. Achard rapporte encore l'observation d'une malade qui, sans injection d'aucune sorte, mais par suite d'une simple ponction lombaire, fut prise d'un zona de la peau avec une période d'incubation de cinq jours.

Toutes ces théories et ces observations viennent donc à l'appui de ce que nous disions, c'est-à-dire que le zona est dû à une lésion des centres nerveux, ce qui nous permet d'expliquer les troubles sensitifs et trophiques relatés dans l'observation de MM. Achard et Castaigne, et dans celle rapportée par M. Félix Ramond et nous-même.

CHAPITRE IV

THÉRAPEUTIQUE

En dehors de tous les pansements aux poudres absorbantes telles que : amidon, talc, oxyde de zinc, il ne faut pas irriter le zona éruption par des topiques. En cas d'infection cutanée, on peut employer une poudre antiseptique puis traiter la douleur par les moyens ordinaires.

M. Landouzy croit que la teinture de Jelsemium semperinens à la dose de VIII à X gouttes par jour a une action spéciale sur la névralgie zostérienne (Riste). Abadie, dans deux cas de douleur névralgique zostérienne (Société médicale de Bordeaux, 5 novembre 1902) persistant depuis cinq à six mois, a eu une guérison définitive par la ponction lombaire avec une évacuation de 20 à 25 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien.

Le Dr M. Sach de New-York, partant de cette considération que dans le zona on a affaire à une inflammation aiguë de certains éléments nerveux, emploie à titre de contre irritant des applications de ventouses. Il commence par déterminer les nerfs et les racines atteintes en se guidant sur le siège de

l'éruption vésiculaire et sur les phénomènes sensitifs (douleurs et hyperesthésie), puis il applique une première série de ventouses immédiatement en dehors des épophyses apineuses correspondantes et il les laisse en place jusqu'à ce qu'elles aient produit leur effet maximum. Il pose ensuite une seconde série de ventouses le long du trajet du nerf malade et il répète ces applications chaque jour, recommandant de les faire le soir pour prévenir les exacerbations nocturnes qui troublent le sommeil.

Le professeur Blinla de Zurich recommande l'emploi d'une pommade à la cocaïne a 1 o/o comme calmant immédiat de la douleur.

On a recommandé aussi l'emploi de pansement à l'acide picrique à cause de son pouvoir antiseptique et kératoplastique et de ses propriétés anesthésiques qui apaisent les violentes névralgies du zona et calment le prurit intense.

M. Sicard préconise les injections épidurales de cocaïne qui amènent une cessation des douleurs à peu près complète.

M. Félix Ramond emploie avec succès les injections dans le tissu cellulaire sous-cutané d'air stérilisé, méthode employée par lui déjà depuis longtemps pour amener la cessation des douleurs dans toutes les douleurs arthalgiques, le rhumatisme articulaire et les sciatiques. Il suffit de monter une soufflerie de thermocautère sur un tube en verre renfermant à ses deux extrémités un petit tampon de coton hydrophile que l'air traverse en se débarrassant de ses impu-

retés ; à l'autre extrémité, on adapte une aiguille en platine que l'on enferme dans le tissu cellulaire sous-cutané de la partie que l'on veut insufler ; on injecte doucement une certaine quantité d'air jusqu'à ce que la peau soit légèrement distendue. Cette opération peut se recommencer tous les deux ou trois jours et fait disparaître assez vite les douleurs.

CONCLUSIONS

Le zona paraît être une maladie infectieuse, sauf de rares exceptions.

La sensibilité objective dans le zona est fréquemment atteinte surtout dans ses modes douloureux et thermiques.

Les troubles thermiques avec dissociation syringomyélique que l'on constate supposent en dehors des nerfs périphériques et des ganglions spinaux une atteinte des racines postérieures et même des cordons postérieurs de la moelle, ce qui pourrait amener de nouvelles conceptions sur la pathogénie du zona et le faire considérer comme une poliomyélite postérieure.

Les troubles trophiques et sensitifs de la muqueuse linguale avec parésie faciale permettent de supposer que la lésion a débordé le ganglion otique du maxillaire inférieur pour atteindre le bulbe où les noyaux du facial et du nerf intermédiaire de Wrisberg entourent en haut et en bas le noyau originel du maxillaire inférieur et peuvent par suite participer à son inflammation.

Vu : le Président de la thèse,
ACHARD

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
F. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Debray. — Thèse de Paris, 1894.
Landouzy. — Semaine médicale.
Weiss. — Archiv. für dermatologie, t. XXII, p. 90.
Kaposi. — Leçons sur les maladies de la peau.
Brissaud. — Progrès médical, p. 95.
Letulle. — Archives de Physiologie normale et path., 1892.
Lestaz. — Thèse de Paris, 1887.
Despaigne. — Thèse de Paris, 1888, t. III.
Raymond. — Clinique des maladies du système nerveux, 1898.
Sulzer. — Thèse de Paris, 1898.
Champion. — Thèse de Paris, 1900.
Dellile (Armand) et *Camus*. — Revue neurologique, 1903.
Klippel et *Aynaud*. – Journal des Praticiens, avril 1899.
— Gazette des Hôpitaux, mai 1899.
Chiray (Dr). — Société médicale des Hôpitaux, nov. 1910.
Ramond (Dr Félix). — Société médicale des Hôpitaux, décembre 1910.
Bruce (Alexandre). — Review of Neurology and Psychiatry, vol. V, décembre 1907.
Petren et *Bergmark*. — Geitschrift für Klinische medicin, t. LXIII, p. 97, 1907.
Head (Henry) et *Campbell* (H.-W.). — Brain, 1900 (Revue neurologique, 1901).
Feré (Ch.). — Société de Biologie, 5 juin 1899.
Brissaud (E.). — Le zona du tronc et sa topographie (Bulletin médical, janvier 1896).

— La métamérie spinale et la distribution périphérique du goma (Ibid.).

Achard (Ch.). — Sur la topographie du zona (Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, février 1896 et Gazette hebdomadaire, mars 1896).

Brissaud. — Du zona ophtalmique avec hémiplégie croisée (Journal de médecine et de chirurgie, mars 1866).

Achard (Ch.) et *Castaigne.* — Zona céphalique (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 12 décembre 1897).

Lermoyez et *Barozzi.* — A propos d'un cas de zona double bucco-pharyngien ; le démembrement de l'herpés du pharynx (Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, février 1897).

Achard et *Laubry.* — Herpès de la face consécutive à l'injection intra-vertébral de cocaïne (Gazette hebdomadaire, 28 novembre 1901).

Achard. — Zona de la fesse consécutif à une ponction lombaire (Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux, 29 novembre 1907).

Rellier (Maxime). — Thèse de Paris, 1911.

Ramond (Dr Félix) et *Poirault* (Henry). — Zona avec paralysie faciale. Troubles trophiques et sensitifs de la muqueuse linguale (Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 8 mai, 1914).

Imp. de la Faculté de Méd., JOUVE et Cie, 15, rue Racine, Paris — 2751-14